

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

38

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Décembre 1893, à une heure

PAR

MAURICE GAZZOLA

Né à Nice, le 1^{er} Juillet 1867

ETUDE

SUR UNE

Lésion Papillaire de la Langue

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : MM. } JOFFROY.
NETTER.
ALBARRAN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Décembre 1893, à une heure

PAR

MAURICE GAZZOLA

Né à Nice, le 1^{er} Juillet 1867

ETUDE

SUR UNE

Lésion Papillaire de la Langue

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : MM. } JOFFROY.
 } NETTER.
 } ALBARRAN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	LE FORT.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUD.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LADREIT DE LACHARRIÈRE

MÉDECIN EN CHEF DE L'INSTITUT NATIONAL DES SOURDS-MUETS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LABOULBÈNE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

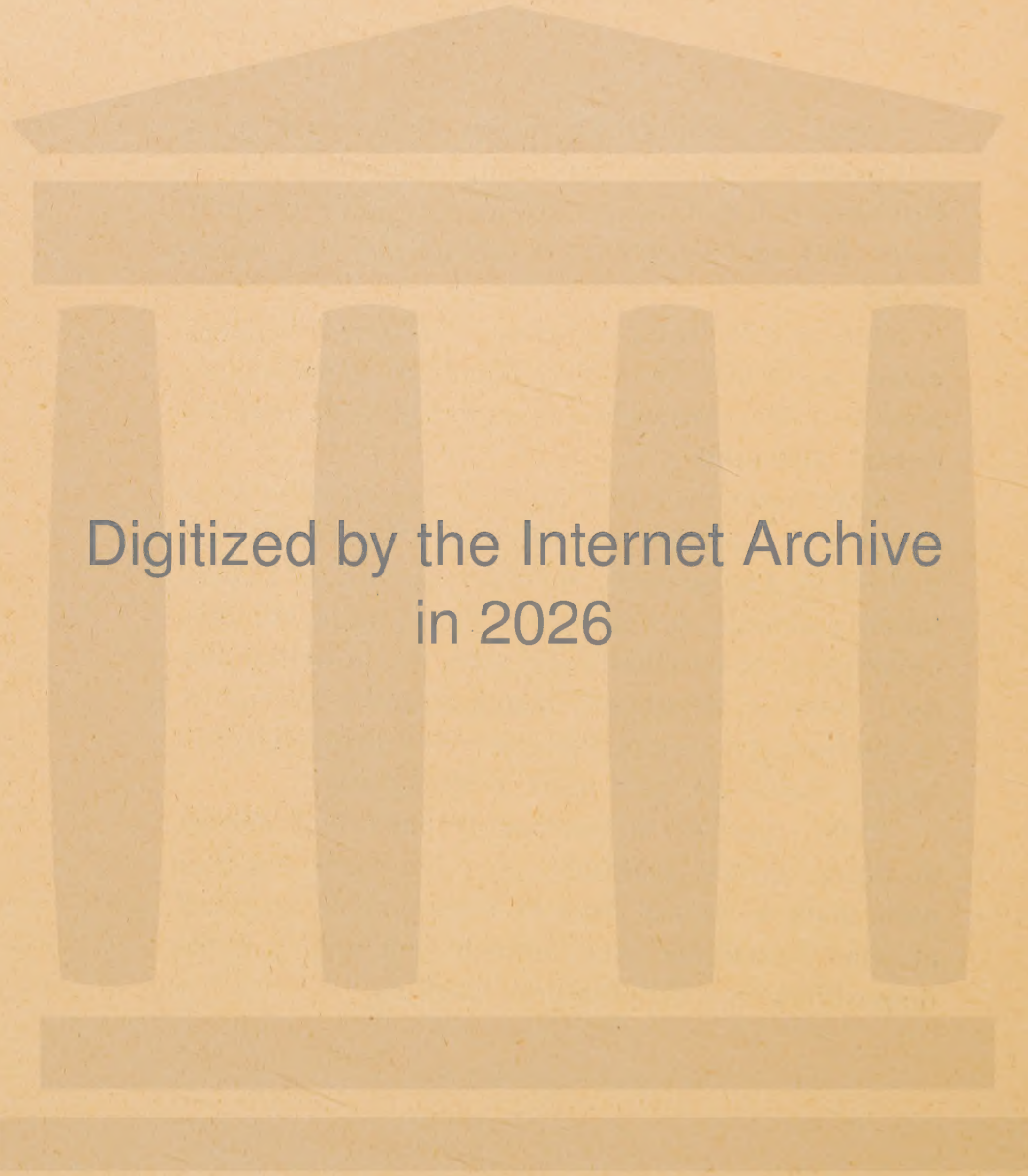
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Avant de commencer notre étude, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à M. le Professeur Laboulbène, du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que nos Maîtres, dans les hôpitaux, reçoivent aussi l'assurance de notre profonde reconnaissance, pour les intéressantes leçons qu'ils nous ont données durant nos études.

Nous manquerions à notre devoir, si nous n'associons à notre reconnaissance, M. le Docteur Ladreit de Lacharrière, médecin en chef de l'Institution nationale des sourds-muets et de la clinique otologique. Nous nous souvenons de la sympathie qu'il nous a témoignée, pendant notre passage à la clinique, et nous n'oublierons jamais les excellentes leçons d'otologie qu'il nous a prodiguées.

Enfin, que M. le Docteur Duplaix soit assuré de notre sincère gratitude, pour les sages conseils qu'il nous a donnés dans la rédaction de ce travail et pour l'amabilité avec laquelle il a mis, à notre disposition, ses observations inédites.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554035_0069

Introduction

Les affections de la langue sont aussi nombreuses que variées : c'est ainsi que les auteurs ont décrit les vices de conformation, les inflammations aiguës ou chroniques, les cancers, les tumeurs syphilitiques et papillaires, le rhumatisme et les névralgies de cet organe.

Déjà Hippocrate, Gallien et Celse avaient signalé les néoplasmes de la langue et ils en avaient donné le traitement. Ambroise Paré avait indiqué un moyen de « secourir et de faire parler ceux qui avaient la langue coupée, » et plus tard Boyer, dans son sixième volume des maladies chirurgicales, énumère toutes les affections de la langue.

On avait laissé de côté l'étude des affections purement médicales de cet organe, sans doute parce que les moyens d'investigation étaient moins nombreux. Il faut remonter jusqu'à Morgagni pour avoir la première observation de rhumatisme lingual. Mais avant lui J. Vigier, de Genève, publiait un travail sur le même sujet ; c'était une observation incomplète qui ne mettait pas encore assez en lumière les symptômes de cette affection : Chomel, au contraire, dans ses leçons cliniques, donne la véritable descrip-

tion de cette localisation rhumatismale et en rapporte un cas ; Valleix cite un fait analogue, et plus récemment encore Kaposi et Dègle, de Vienne, signalent la même affection.

La névralgie linguale est restée inconnue jusqu'au commencement de ce siècle : *Halliday*, en 1832, en cite deux cas empruntés à *Brewer* et à *Reil*. En 1854, *Bouisson* la signale dans le *Journal de médecine*, de Bordeaux. Un an après, *Roser* en publie une nouvelle observation. *Valleix* la mentionne et détermine son point d'élection, gingivo-lingual. En 1865, *Neffe* cite un cas qu'il guérit par la faradisation. *Demarquay* en dit quelques mots en 1875, et enfin, en 1882, *Zexas* en fait connaître une autre observation.

Mais, parmi toutes les monographies écrites sur les maladies de la langue, nous n'avons pu trouver la description de l'affection qui fait le sujet de ce travail. Peut-être les observateurs, méconnaissant le siège de la lésion, l'ont-ils confondue avec la névralgie ? Quoi qu'il en soit, nous avons cru devoir la séparer de cette manifestation nerveuse, pour en faire une variété spéciale d'inflammation papillaire due à une névrite périphérique.

Nous serons heureux si nous pouvons réussir à différencier cette lésion douloureuse ; mais avant d'en entreprendre la description, nous croyons utile de rappeler brièvement l'anatomie normale des papilles linguales et de la muqueuse qui les recouvre.

Anatomie

Structure des Papilles. — Les papilles de la langue sont extrêmement nombreuses. Elles diffèrent beaucoup par leur forme, leur dimension et leur disposition respective, suivant qu'on les observe sur la face supérieure de la langue, sur sa face inférieure ou sur ses bords.

D'une manière générale, elles consistent en filaments nerveux, renflés, mous, dépouillés de névrilemme, entremêlés d'une quantité innombrable de vaisseaux capillaires sanguins, serpentant à travers la papille, recourbés en arcades, anastomosés entre eux et le tout enveloppé et rassemblé par un tissu conjonctif servant de support à tous ces organes et revêtu lui-même d'une couche épithéliale.

C'est sur la face dorsale de la langue que le corps papillaire arrive à son plus haut degré de développement. Elle présente sur les deux tiers antérieurs un sillon médian plus ou moins accusé selon les individus. A l'extrémité postérieure de ce sillon, on observe une papille entourée d'un repli circulaire de la muqueuse qui la recouvre en partie ou en totalité. Cette papille est tantôt unique, tantôt double ou multiple. Dans le premier cas, elle offre un volume

plus considérable, et le repli qui l'entoure la laisse à découvert ; dans le second, beaucoup plus fréquent, le repli la déborde en s'avancant sur la circonférence et forme alors une espèce de cul-de-sac que Morgagni avait mentionné : c'est le *foramen cæcum* ou trou borgne de Morgagni.

La profondeur de ce cul-de-sac, et son diamètre, ainsi que la forme, le nombre et le volume des papilles qu'il renferme, sont soumis à des variations individuelles presque infinies. Quelques auteurs anciens qui n'avaient remarqué ni ces variétés, ni même les papilles qui occupent sa partie profonde, lui avaient attaché une importance bien exagérée en la considérant comme l'embouchure d'un conduit excréteur émané d'une glande salivaire.

De chaque côté de ce trou borgne, on voit partir une série de grosses papilles, qui se dirigent obliquement en dehors en formant une sorte de V ouvert en avant. Ces papilles linéairement disposées, n'arrivent pas jusqu'aux bords de la langue. Chacune d'elles est entourée d'un repli circulaire qui a été comparé à un calice, et au centre duquel existe une dépression dont le milieu est occupé par une saillie. La face externe de cette saillie et la face interne du repli muqueux présentant des cellules spéciales découvertes presque en même temps par Loven et par Schwalbe. Ce sont les cellules sensorielles ou organes du goût.

Elles sont cylindriques, au lieu d'être polyédriques

ou aplaties, reçoivent une fibrille nerveuse par leur extrémité adhérente, et se terminent, de leur côté libre par un bâtonnet.

Sappey, à qui nous empruntons en grande partie cette description, divise les papilles linguales en quatre ordres : au premier ordre appartiennent les papilles caliciformes : nous venons d'en décrire la forme et le siège. Leur nombre est peu élevé ; on en a compté une dizaine.

Le deuxième ordre comprend les papilles fungiformes qui sont rouges et moins volumineuses que les précédentes. Au nombre de 150 à 200, elles sont disséminées à la surface de la langue, en avant du V lingual : leur base, plus étroite que leur sommet, caractérise cette variété.

Les papilles du troisième ordre, corolliformes de Sappey, filiformes ou coniques des autres auteurs, sont innombrables et situées aussi en avant du V lingual, sur la face dorsale, la pointe et les bords de l'organe.

Elles forment des séries linéaires obliques en arrière et en dedans vers le sillon médian. On en trouve quelques-unes, aussi en arrière du V lingual, entre les deux amygdales.

Ces papilles présentent toutes des prolongements épithéliaux extrêmement développés, surtout chez le vieillard ; elles forment, selon l'expression de Sappey, une sorte de gazon touffu, dans lequel s'infiltrant et

serpennent les liquides chargés du principe sapide des corps.

Ces papilles offrent entre elles de très grandes variétés quant à leur forme : les unes ont le même diamètre sur toute leur longueur ; d'autres sont plus larges à la base, ou bien allongées dans un sens et comprimées dans l'autre ; quelques-unes sont prismatiques ou de forme pyramidale.

Considérées dans leur base, ces papilles se distinguent donc toutes les unes des autres : mais si on examine leur partie libre, on voit qu'elles sont toutes terminées par un prolongement filiforme. Cette terminaison rappelle, d'après Sappey, l'image d'une fleur déjà éclosée ou en train de s'épanouir. Les prolongements qui surmontent l'extrémité libre recouvrent toute cette extrémité, mais ils se comportent différemment à son centre et à sa périphérie.

Ceux du centre sont en général très courts et peu apparents. Les périphériques sont, au contraire, plus ou moins longs. Sur certaines papilles, ils s'élèvent verticalement, et circonscrivent alors une petite cavité dans laquelle les centraux sont contenus, à la manière des étamines d'une rosacée au centre de leur corolle : ailleurs ils s'infléchissent en dehors, ou bien ils s'incurvent en dedans, de façon à se toucher par leurs extrémités.

Quant aux papilles de quatrième ordre, ou hémisphériques, ce sont de petites saillies situées à la face inférieure de la langue et dans l'intervalle des autres

papilles. Selon Sappey, les papilles caliciformes, fungi-formes et filiformes ne seraient qu'une agglomération de papilles hémisphériques sous des aspects différents.

Les papilles présentent à étudier deux parties : 1° le corps papillaire lui-même, et 2° la muqueuse qui les recouvre.

Le corps papillaire a la forme de bourgeons plus ou moins volumineux donnant naissance à un nombre plus ou moins considérable de bourgeons secondaires et tertiaires. Sa forme est très variée, et elle est subordonnée aux formations nouvelles d'anses vasculaires. Il est constitué par du tissu conjonctif dans lequel cheminent les vaisseaux terminés en anse à l'extrémité des papilles.

La quantité de ce tissu conjonctif est quelquefois si faible que le revêtement épithélial semble reposer directement sur les vaisseaux.

La muqueuse qui enveloppe les papilles linguales est formée de deux couches : une couche superficielle, formée par un épithélium pavimenteux stratifié et une couche profonde qui n'est autre que le derme : ce derme est composé d'un mélange de fibres de tissu lamineux, de fibres musculaires de la vie organique et de fibres élastiques réunies par de la matière amorphe ; les papilles sont les prolongements du derme.

Le revêtement épithélial de ces papilles est différent suivant qu'il est formé de cellules pavimenteuses ou cylindriques : son épaisseur varie aussi suivant les différents points où on l'examine.

Malpighi, qui étudia le premier, en 1665, les papilles et la muqueuse linguale, décrit à cet épithélium deux couches analogues à celles de l'épiderme, savoir : une couche cornée et un corps muqueux. Tous les auteurs n'admettent pas aujourd'hui l'existence de cette couche cornée. Cornil et Ranvier, au contraire, basent sur cette double division leur division des papillomes en : 1° papillomes cornés et 2° papillomes muqueux.

Les cellules épithéliales profondes, celles qui reposent immédiatement sur le corps muqueux, sont de petites cellules molles, arrondies, de 0^m006 à 0^m015 de diamètre : elles sont disposées par assises stratifiées. A mesure que l'on s'éloigne du corps muqueux, cet épithélium se modifie. Les cellules s'agrandissent, elles sont aplaties, minces, écailleuses, de 0^m022 à 0^m067 de diamètre ; leurs noyaux sont plus ovoïdes ; la plupart de ces cellules ont perdu leur mollesse primitive et leur aspect corné.

Le corps muqueux siège à la face inférieure de l'épiderme lingual ; il est formé aussi de cellules épithéliales, seulement elles sont aplaties et leur noyau n'a pas encore disparu.

Pour terminer l'étude de cette muqueuse, il nous reste à signaler l'existence de glandes qui ont la même structure que celles du reste de la muqueuse buccale, mais elles affectent une disposition spéciale. On les trouve d'abord à la base de la langue, en arrière du V lingual, et aussi sur ses bords où elles

forment une ligne non interrompue d'avant en arrière, avec cette différence, toutefois, qu'elles sont plus nombreuses en avant, où elle constituent les glandes de Blandin et de Nuhn, et en arrière, où leur réunion, à l'extrémité de chaque branche du V est décrite sous le nom de glandes de Weber.

Enfin, comme dernier caractère distinguant la muqueuse linguale de la muqueuse buccale en général, il faut mentionner les follicules clos qui manquent sur cette muqueuse et qui, au contraire, existent en grand nombre sur toute la portion de la langue située en arrière du V lingual.

Quant au système nerveux, la langue reçoit son innervation de quatre sources : de l'hypoglosse, du lingual, du glosso-pharyngien et du facial par l'intermédiaire de la corde du tympan. Le premier, exclusivement moteur, préside à tous ses mouvements, et les trois autres se partagent sa sensibilité. Le lingual se distribue à la partie antérieure, le glosso-pharyngien à la partie postérieure, et enfin la corde du tympan sur les bords : tous les trois cependant envoient des filets qui s'anastomosent entre eux, aussi cette distribution fait-elle qu'il est impossible de préciser exactement le rôle spécial de ces nerfs : tous les trois président, en parties à peu près égales, à la double sensibilité linguale.

Symptomatologie. — Pathogénie

Cette affection de la langue se présente ordinairement, au moins dans les cas que nous rapportons, sous un seul symptôme : la douleur.

D'après toutes les observations que nous avons pu recueillir, nous voyons, en effet, les malades qui en sont atteints, se plaindre d'un seul point douloureux et ce point occupe toujours la même région : la partie antérieure de l'organe et surtout la pointe et les bords; la face dorsale est presque toujours indolore.

Cette douleur diffère d'intensité chez les individus : les uns se plaignent de douleurs atroces, rappelant les douleurs névralgiques, douleurs continues avec de rares instants de rémission; d'autres ont la sensation de cuisson, de brûlure avec paroxysme au moment des repas, et surtout lorsque les aliments sont plus ou moins épicés, ou bien lorsque leur état thermique est exagéré.

Les crises douloureuses, du reste, sont très variables; tantôt elles sont très éloignées, n'arrivant que tous les deux ou trois jours : elles permettent ainsi aux malades un répit plus ou moins long : tantôt, au contraire, elles sont très rapprochées, mais d'une intensité assez faible. Ces dernières crises sont plus

insupportables, car le malade n'a plus alors aucun repos : il se croit atteint d'un cancer ou de tout autre affection maligne de l'organe, et croyant alors que la guérison est impossible il devient hypochondriaque et en arrive souvent à souhaiter la mort

A première vue, on pourrait croire que la douleur est purement névralgique, ou bien rhumatismale. Mais on sait, par les observations qui ont été rapportées par Morgagni, Chomel, Halliday et d'autres, que la névralgie linguale est toujours, lorsqu'elle existe, la suite d'une névralgie du trijumeau ou d'une névralgie faciale ; la douleur, dans ce cas, suit la direction du nerf lingual ou de la corde du tympan, et chose curieuse, elle réside presque toujours sur le bord gauche de l'organe. Souvent même on a vu la langue complètement déviée, de manière à faire croire à une paralysie.

La douleur est donc le seul trouble que l'on constate dans cette affection : le goût, la sécrétion salivaire, la motilité de l'organe sont toujours bien conservés : l'usage de la parole, les mouvements de la langue sont normaux, et la salivation n'a jamais paru ni exagérée, ni amoindrie. Jamais aussi les malades ne se sont plaints de modifications dans la sensation gustative. On a recherché si cette sensibilité spéciale était altérée chez quelques-uns : les résultats ont été nuls.

Vue à l'œil nu, la région douloureuse ne présente aucune modification ; on ne voit ni rougeur, ni gonflement, ni ulcération ; il semble que le malade souffre d'une ulcération imaginaire et on serait tenté

de rechercher la cause de cette douleur dans le domaine de l'hystérie ; mais si on regarde à la loupe la région douloureuse, et si on déplisse la muqueuse linguale sur la pointe de la langue et sur ses bords, on aperçoit aisément, dans l'intervalle des plis, de petits points rouges, déprimés comme si une partie de la muqueuse avait été enlevée à l'emporte-pièce. Un attouchement léger en cet endroit, avec un stylet mousse, provoque une vive douleur.

Il est bien évident que ces points rouges sont le siège véritable de la douleur : leur réunion en un plus ou moins grand nombre rend la souffrance plus ou moins intense et du reste ils existent seuls dans les endroits douloureux.

Il ne nous a pas été possible d'étudier histologiquement la lésion : néanmoins, par la localisation spéciale de la douleur, nous pouvons croire que la lésion siège au niveau des terminaisons nerveuses de la muqueuse linguale : les caractères de cette muqueuse l'indiquent. Or, les papilles de la langue sont les points où viennent se terminer les nerfs qui arrivent à l'organe ; c'est donc, par conséquent, au niveau des papilles que doivent se développer les lésions, et parmi ces papilles nous croyons que les papilles filiformes sont les seules lésées.

Il est impossible, en effet, d'admettre que la lésion siège au niveau des papilles caliciformes : leur volume et la région qu'elles occupent nous les font éliminer.

Nous ne pensons pas, non plus, que les papilles

fungiformes soient le siège du mal : ces papilles sont assez volumineuses et ont une forme caractéristique qui les font apercevoir à l'œil nu. Du reste, si quelquefois ces papilles ont paru plus volumineuses qu'à l'état normal, jamais elles n'ont été impressionnées par un attouchement quelconque. L'inflammation se propageant de proche en proche a pu être la cause de cette hypertrophie papillaire, sans avoir procuré la douleur.

Restent donc les papilles filiformes : C'est, en effet, à leur niveau, que les douleurs sont le plus intenses; nous savons, du reste, que ces papilles occupent la région antérieure et les bords de la langue; nous avons vu que la muqueuse linguale, plissée à cet endroit, renfermait un grand nombre de ces organes. C'est là encore que l'investigation la plus minutieuse a permis de reconnaître ces points rouges, où la muqueuse paraissait abrasée : les papilles filiformes avaient disparu, et à leur place, on voyait une surface excoriée ressemblant à une ulcération de la grosseur d'une pointe d'aiguille.

On comprend facilement, dès lors, que la muqueuse étant ainsi privée, en ces points, de son revêtement épithélial, et les terminaisons nerveuses, mises à nu, la langue soit, en cette région, le siège de douleurs très vives, d'autant plus tenaces que les impressions extérieures auront agi avec plus de persistance sur ces points dénudés.

On peut également s'expliquer l'intensité différente

de la douleur par le nombre plus ou moins grand des papilles atteintes. Il est évident, en effet, que si la lésion occupe un grand nombre de papilles, la douleur s'étendra sur une surface plus grande sur laquelle agiront les aliments, les poussières de l'air ; dans ce cas alors, on observe cet état d'hypochondrie que nous signalions au début de ce chapitre, et qui est dû à l'inefficacité des moyens de traitement employés par les malades eux-mêmes pour faire cesser les douleurs continues.

Etiologie

Nous venons de voir la description de cette maladie. A quoi peut-on l'attribuer ? Il nous paraît impossible de faire à ce sujet une réponse catégorique.

D'après les quatre observations que nous publions, nous voyons que les malades appartiennent toutes au sexe féminin. Dans leurs antécédents, nous n'avons rien pu trouver qui justifie la cause de cette affection : elles n'accusent aucune tare, ni syphilitique, ni rhumatismale ; l'alcoolisme doit être aussi exclu du cadre étiologique.

Serait-ce à l'usage d'une alimentation trop irritante pour une muqueuse un peu trop mince ? Nous sommes tentés de l'admettre, en l'absence de toute autre cause évidente.

Le siège de cette affection se prête bien, du reste, à cette interprétation ; nous avons vu, en effet, que les papilles filiformes, grâce à leurs prolongements, forment des sillons au milieu desquels serpentent et s'infiltrant les liquides : de plus, la muqueuse linguale présente sur les bords et à la pointe de l'organe, une série de plis qui abritent un très grand nombre de papilles. Quoi donc d'étonnant à ce que les ingesta liquides ou solides séjournent dans ces intervalles, et

si ces aliments possèdent une propriété irritante, on peut admettre qu'ils finissent par attaquer la muqueuse dont l'épaisseur est très faible en cet endroit.

L'extrémité nerveuse de la papille finit donc par être mise à nu, et à ce point il se développe une névrite purement locale déterminant cette sensation de cuisson et cette douleur atroce que l'on remarque dans ce cas.

Diagnostic-Pronostic

L'absence de toute lésion apparente et l'intensité des douleurs peuvent facilement faire confondre cette affection avec le rhumatisme et la névralgie de la langue.

Mais si on examine l'organe malade, si on recherche les antécédents morbides du sujet ; si, d'un autre côté, on tient compte de la rareté du rhumatisme lingual, on peut éliminer facilement cette manifestation diathésique : les cas observés, du reste, sont fort peu nombreux ; nous en trouvons un premier exemple dans les leçons cliniques de Chomel, qui, lui-même, emprunte une observation à Morgagni.

OBSERVATION I.

Rhumatisme articulaire aigu. Rhumatisme lingual.
(Chomel : Leçons cliniques, 1837) (Résumée).

Une femme de 32 ans, née d'une mère rhumatisante, entre le 11 décembre 1833, à l'Hôtel-Dieu. A la suite d'un accouchement prématuré, elle avait été prise autrefois d'un rhumatisme articulaire généralisé, qui l'avait laissée exposée à de fréquentes douleurs.

Une nouvelle attaque de rhumatisme se déclare et se porte sur diverses articulations. La saignée, les sangsues, des cataplasmes, l'usage des boissons nitrées amènent une

grande amélioration. Mais le pouls reste fréquent. Bientôt les douleurs reparaissent, et il s'en fixe une à l'articulation temporo-maxillaire droite ; puis deux jours après une autre sur la langue. « Si la malade parle, si elle veut remuer la langue, elle sent à la face inférieure de cet organe une douleur assez vive qui se propage jusque dans le pharynx et qui augmente considérablement par la déglutition. Il n'y a ni aphthes, ni ulcères, ni boutons dans la bouche ou le pharynx, nulle tuméfaction de ces parties. » Le lendemain la douleur avait quitté la langue et le pharynx.

Bien que le manque de lésions apparentes, et les douleurs qui s'exagèrent par le mouvement, semblent rapprocher le rhumatisme lingual de la maladie que nous étudions, on ne peut cependant les confondre : nous avons dit, en effet, que les malades que nous avons pu observer ne présentaient aucune manifestation rhumatismale ; la persistance des douleurs, que l'on ne retrouve pas dans le rhumatisme, suffirait à les différencier. Les faits cités par Valleix et par Dègle, nous montrent encore les mêmes caractères : dans tous ces cas, les antécédents fournis par les malades justifient le diagnostic du rhumatisme.

Nous avons vu que la névralgie du trijumeau et du facial pouvait se propager à la langue : nous n'insisterons pas sur les différences à établir entre ces deux affections. Les observations que nous citons montreront le caractère de la névralgie linguale :

OBSERVATION II.

(Résumée). (Halliday. Considération sur les névralgies de la face.
Empruntée à Brewer).

Le malade dont il s'agit ressentait une douleur qui avait constamment son siège sur le côté gauche de la langue à la partie la plus large. Il y avait des temps où elle se faisait sentir très fréquemment et où le moindre

mouvement, soit pour parler, soit pour mâcher les aliments, le faisait reparaître, en excitant chez le malade, quoiqu'il fût d'un naturel extrêmement patient, des contorsions pénibles à voir. L'examen répété de la langue n'y fit jamais apercevoir ni gonflement, ni ulcération, ni aucun corps étranger dont on avait été jusqu'à soupçonner l'existence. Nous voulûmes lui donner de l'extraît de ciguë, mais soit qu'il ne voulût s'astreindre à prendre aucun remède d'une manière suivie, soit qu'il ne pût avaler les pilules, il fut impossible d'en obtenir aucun effet. Cependant il parut quelquefois recevoir du soulagement de l'usage interne des fleurs de zinc et de leur application sur la langue.

OBSERVATION III.

Empruntée à Roser. (Arch. für. physiol. Halk. t. XIV).

Un homme de 71 ans ressentait dans le côté gauche de la langue des douleurs si violentes, surtout dans le mouvement, qu'il ne pouvait ni parler, ni prendre d'autres aliments que des aliments liquides.

L'examen dans de telles conditions était si difficile, qu'il fallut, pour le faire à son aise, endormir le malade.

Ne découvrant aucune altération, on cautérisa le point douloureux, mais après une rémission passagère, les accidents reparurent plus intenses.

On se décida alors à la section du nerf lingual : la résection eut lieu et un an plus tard la douleur n'avait pas reparu.

Nous ne ferons que citer l'observation publiée en 1819 par J. Mitchell, de Londres, sur une affection spasmodique de la langue, celles de Bouisson (1854), de Neffe (1865) et de Zézas (1882) : partout nous trouvons les mêmes caractères de la névralgie : l'intermittence dans les dou-

leurs et, dans le cas présent, la prédilection pour le côté gauche de l'organe et l'absence de toute lésion.

Il faut aussi séparer cette affection des glossites desquamatives : la lésion siège aussi à la partie antérieure, mais la muqueuse est affectée sur une grande étendue, l'épithélium a complètement disparu et la partie desquamée, d'un rouge vif, est limitée par un pourtour plus ou moins festonné qui la sépare des parties saines. Cette glossite reconnaît presque toujours pour cause la syphilis, ou certaines diathèses telles que l'arthritisme.

Le diagnostic se fera donc, à l'exclusion de tout autre, par l'examen attentif de la muqueuse linguale : dans les cas analogues à ceux que nous rapportons, on trouve toujours dans les replis de la muqueuse, sur la pointe et les bords, ces petits points rouges que nous avons signalés et qui sont le siège de la douleur.

Pronostic. — Cette papillite ne menace pas la vie, mais on peut apprécier combien elle trouble l'existence du malade quand on voit l'alimentation devenir presque impossible par le fait des souffrances ; l'idée d'une affection incurable hante l'esprit du malade qui, désespérant de la guérison, devient anxieux, triste, et, au bout d'un certain temps, en arrive à préférer la mort.

Traitement

Dès l'apparition de ces manifestations douloureuses, les malades essayent ordinairement, à l'aide de gargarismes ou de collutoires, de faire cesser les douleurs.

Celle-ci résiste à tous les moyens. C'est alors que le malade devient anxieux, et qu'il se résout à demander un traitement.

On a essayé inutilement l'emploi des caustiques chimiques : au début une légère application de teinture d'iode, paraissait calmer la douleur qui ne tardait pas à reparaitre : les analgésiants, l'antypirine, le sulfate de quinine, le salicylate de soude ont été donnés sans résultat.

Je ne ferai que citer le traitement anti-syphilitique qui n'a produit aucune amélioration. La découverte de la lésion a permis cependant de traiter efficacement cette affection : il suffit de détruire les tissus au niveau des petits points rouges vus à la loupe. M. Coupard fait sur tous ces points une cautérisation avec une fine pointe de galvano-cautère ; après avoir légèrement anesthésié, à l'aide d'une solution de cocaïne en badigeonnage, la partie sur laquelle on veut opérer, on applique la pointe de platine sur les points douloureux, en ayant soin de ne cautériser qu'une

partie de ces points; on complètera l'opération dans une ou plusieurs séances suivantes.

On évite de la sorte cette réaction inflammatoire que l'on observe toujours après les cautérisations et qui serait désastreuse sur la langue.

Les malades traités ainsi ont vu leurs douleurs disparaître et, depuis, leur guérison s'est maintenue.

OBSERVATION IV (inédite).

Recueillie par le Docteur J.-B. Duplaix dans le service de laryngologie du Dr Coupard, à la fondation Pereire (Levallois-Perret).

La nommée Jeanne L., âgée de 42 ans, ménagère, vient, le 6 du mois de janvier 1892, à la consultation. Cette malade se plaint de la langue, surtout à la pointe et un peu sur les bords.

La langue est le siège, en ces points, de brûlures et de cuissons qui n'ont pas cessé depuis le jour où elles ont fait leur apparition, c'est-à-dire depuis trois mois et demi. Ces douleurs gênent beaucoup la malade au moment des repas; les aliments de toute nature sont l'occasion de vives douleurs, et depuis quelque temps, elle a dû supprimer le vin, la salade et les épices.

On ne voit rien d'anormal sur la langue, même dans la région qui est le siège de douleurs.

A la loupe et entre les plis de la muqueuse, on voit de petits points rouges, en petit nombre: on peut en compter une trentaine au plus, disséminés au niveau de la pointe et gagnant un peu les bords, à droite et à gauche. Ces points nettement visibles à la loupe, sont des points de muqueuse excoriée, et l'attouchement à leur niveau avec un stylet mousse, exaspère les douleurs.

Nous faisons de suite une cautérisation, avec le galvano-cautère, sur une dizaine de ces points rouges.

Huit jours après, nous cautérisons encore une dizaine de points, et après une troisième et dernière séance, tous les points ayant été cautérisés, la malade se trouve complètement débarrassée de ses douleurs, qui n'ont pas reparu depuis cette époque.

OBSERVATION V (inédite).

(Même source)

Madame N..., âgée de 45 ans, ménagère, vient à la consultation le 18 mai 1892, pour des douleurs au niveau de la langue.

Ces douleurs ont débuté, il y a cinq ou six mois, sans cause occasionnelle appréciable. Jamais auparavant cette femme n'avait souffert de la langue, ni de la bouche ou de la gorge.

Chez elle, pas d'antécédents rhumatismaux, ni syphilitiques. Pas de traces d'alcoolisme. Les règles ont cessé de paraître depuis un an.

Les douleurs accusées par cette malade siègent à la pointe de la langue et sur les bords, ainsi que sur le dos de l'organe dans le tiers antérieur.

Ce sont des cuissons, des sensations de brûlures vives, persistantes, atténuées, par instants, mais ne disparaissant jamais d'une façon absolue. De temps à autre, il existe quelques élancements surtout au moment des repas, et quand ces élancements surviennent, les sensations de brûlure sont moins nettement perçues.

Rien d'anormal à l'œil nu, quand on examine la langue dans les points qui sont le siège de la douleur.

Quelques papilles fungiformes très développées, grosses comme des têtes d'épingles, rouges, sont insensibles au toucher avec un stylet.

A la loupe, rien d'anormal au premier abord, mais en écartant avec soin les plis de la muqueuse, sur les bords et à la pointe de la langue, on trouve de petits points d'un rouge vif, à peines visibles, comme si une papille filiforme avait été coupée.

Sur ces points rouges, l'application d'un stylet mousse exaspère les douleurs existantes et provoque même des élancements. Dans toute la région douloureuse, on retrouve ces points rouges et sensibles à l'examen.

Une première application de teinture d'iode sur la plupart de ces points a amené une légère atténuation des douleurs, car huit jours après elles étaient revenues aussi fortes et aussi intenses, empêchant la malade de manger et même de dormir.

A ce moment, en examinant de nouveau à la loupe, on retrouve les mêmes points rouges qu'auparavant, et comme la première fois, on ne retrouve aucun trouble sensitif, ni trouble sécrétoire.

Ce jour-là on fait une application de résorcine en solution au tiers. Le résultat n'est pas meilleur que celui donné par la teinture d'iode.

Huit jours après cette seconde séance, on fait sur plusieurs points une cautérisation au galvano-cautère.

Ces cautérisations sont assez mal supportées; on les répète tous les huit jours sur les points qui n'ont pas été cautérisés dans les séances précédentes.

Après chaque séance de cautérisation, l'amélioration devient de plus en plus sensible, et une fois tous les points rouges cautérisés, les douleurs disparaissent complètement pour ne plus revenir.

La malade, que nous avons vue à plusieurs reprises depuis lors, se porte tout à fait bien, et a complètement oublié les douleurs vives, qui, pendant plusieurs mois, la tourmentaient tellement, qu'elle craignait l'existence d'un cancer de la langue.

OBSERVATION VI

(Même source)

La nommée Adèle Ch..., âgée de 48 ans, vient à la consultation le 8 Janvier 1893, pour des douleurs à la langue.

Ces douleurs consistent en cuissons, brûlures intenses, tenaces, sans aucun répit, persistant nuit et jour, empêchant le sommeil et gênant la malade dans son alimentation. Elle a dû cesser de boire du vin, même coupé d'eau; l'eau seule, ou le lait ne provoquent pas de douleurs. Les aliments épicés, la salade, les crudités ne peuvent être avalés; dès qu'ils sont dans la bouche, la douleur devient plus vive. Pas de salivation exagérée.

Rien d'anormal à l'œil nu sur la langue, soit aux bords, soit à la pointe, ou sur la face dorsale. Ce sont cependant les points que la malade accuse comme le siège des douleurs qui la tourmentent.

A la loupe, en écartant les plis de la muqueuse, on voit de petits points, peu visibles même avec cet instrument, disséminés un peu partout, et en quantité innombrable. Sur tous ces points rouges, traces d'une excoriation, l'application d'un stylet mousse exaspère les douleurs.

Eclairé par des faits antérieurs, nous laissons de côté les applications de caustique pour employer de suite le galvanocautère.

Une première séance, pendant laquelle nous avons pu cautériser en dix points différents, n'a pas donné de résultats sensibles. Huit jours après la première séance, nous cautérisons une quinzaine de points; le résultat que nous en attendons ne vient pas.

A la troisième séance, aidé de la cocaïne, nous cautérisons une trentaine de points; alors la malade commence à moins souffrir; les douleurs restent fixées au bord gauche où les points n'ont pas été cautérisés. Après plusieurs

séances la cautérisation de tous les points est complète, et pour obtenir la disparition totale des douleurs, il a fallu neuf séances. Pendant un mois la malade est restée bien portante ; mais à partir de ce moment, elle est reprise des mêmes accidents.

Le même traitement est repris, et cette fois, étant donné le nombre moins grand des points à cautériser, en trois séances la guérison a été obtenue et s'est maintenue définitive.

OBSERVATION VII (personnelle).

La nommée M .., âgée de 38 ans, marchande des quatre-saisons, vient à la consultation le 19 février 1893, pour des douleurs intolérables de la langue, qui la tourmentent depuis deux mois environ.

Cette malade n'a jamais eu de rhumatisme, elle n'est pas syphilitique, mais un peu alcoolique. Bien réglée, elle n'a jamais eu de maladies sérieuses et n'a jamais rien eu du côté de la bouche ou de la langue ; les dents et les gencives sont en bon état.

Lorsqu'elle nous montre sa langue, on est surpris par le nombre considérable de papilles fungiformes qui sont disséminées à sa surface, et contrastant par leur coloration rouge sur le reste de la muqueuse.

Ces papilles sont insensibles au toucher avec un stylet mousse ou un pinceau. Il n'y a pas de salivation exagérée, et la bouche a toujours été aussi humide qu'avant l'apparition des douleurs.

La malade n'ose plus manger des aliments solides, qui exagèrent les douleurs : elle a dû cesser d'abord la salade, les épices, le vin, puis tous les autres aliments ; pour ne prendre que du lait tiède et des potages légers à peine chauds.

Quant à la douleur, elle consiste en une sensation de cuisson intolérable, de brûlure intense, sans élancements. Cette douleur ne cesse ni jour, ni nuit ; empêche tout

sommeil, tout repos et contribue à faire maigrir la malade, qui ne peut s'alimenter, outre qu'elle la plonge dans un état d'hypochondrie très marqué.

A la loupe et dans les plis de la muqueuse, nous voyons des points rouges que nous soupçonnions devoir exister, pour avoir vu déjà deux ou trois cas semblables et qui se présentaient avec le même aspect que les fois précédentes.

Ces points rouges occupaient les deux bords libres et la face dorsale dans le tiers antérieur de l'organe, il n'y en avait pas à la pointe.

Sans hésiter, et après l'application de cocaïne en solution pour pouvoir cautériser un plus grand nombre de points, nous faisons des cautérisations avec le galvanocautère sur un certain nombre.

En trois séances, à huit jours d'intervalle, tous les points rouges ont été cautérisés et la malade a été débarrassée de ses violentes et tenaces douleurs.

La guérison s'est maintenue jusqu'ici.

CONCLUSIONS

De l'étude de cette maladie, nous pouvons conclure :

I. — Que l'affection a son siège exclusif dans la région de la langue occupée par les papilles filiformes, et que seules ces papilles sont lésées.

II. — Que la lésion consiste probablement en une névrite des terminaisons nerveuses dans ces papilles.

III. — Que le pronostic est toujours favorable si on a soin d'appliquer à cette affection le traitement que nous avons décrit, c'est-à-dire la destruction, par le galvano-cautère, du tissu lésé.

BIBLIOGRAPHIE

- J. VIGIER. — Tractatus absolutissimus de catarrho, rhumatismo, vitiis linguæ. (Genève, 1620).
- J. MITCHELL. — An instance of spasmodic affection of the Tongue and Mouth (medico chirurg. Transac. London, 1819). Vol. IV.
- CHOMEL. — Leçons de clinique médicale, 1837.
- HALLIDAY. — Névralgies de la face. Paris, 1832.
- VALLEIX. — T. I.
- ROSER. — Arch. fur physiol. Heilk., 1855.
- BOUISSON. — Glossalgie intermittente (in Journal d. médecine de Bordeaux (1854).
- NEFFE. — Névralgie linguale (Presse médicale belge, 1865).
- LAFFONT. — Tumeur papillaire de la langue. Paris, 1877.
- LANNegrACE. — Terminaisons nerveuses dans la muqueuse linguale (1878).
- ZERAS (de Zurich). — In Wiener Mediz. Presse. 1882. N° 27.
- KAPOSI. — — — 1885.
- ALBERT. — — — 1885.
- DÈGLE. — — — 1886. N° 42.
- DUPLAIX. — Gazette des hôpitaux. 1873. 24 Octobre.
- MAUREL. — Traité des maladies de la bouche (Pathol. interne), 1893.
- SAPPEY. — Traité d'anatomie.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu par le Président de la Thèse,
LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

